Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*29.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[geschwärzt]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  -
  -
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  -
- FG12
  -
- FG14
  -
- FG16
  -
- FG17
  -
- FG21
  -
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG33
  -
- FG34
  -
- FG36
  -
  -
- FG37
  -
- FG 38
  -
  -
- IBBS
  -
- P4
  -
- Presse
  -
- ZBS1
  -
- ZIG1
  -
- BZgA
  -

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (Folien hier) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle ○ Laut WHO >100 Mio Fälle und ca. 2,2 Mio Todesfälle ○ Länder auf Liste haben sich nicht verändert ○ Rückläufiger Trend in USA, UK und Brasilien, sowie in der Russischen Föderation, Kolumbien, Deutschland und Indien ○ Trend in Spanien und Frankreich stagniert bzw. leichter Anstieg • 7-Tages-Inzidenz weltweit ○ Inzwischen weltweit 101 Länder >50/100.000 Ew. ○ Insgesamt sind neue Fälle global um 15% gesunken, 2. Woche in Folge, größter Rückgang in Europa (-20%) ○ Auch in Afrika Rückgang, -30% in Südafrika ○ Die meisten Fälle aus Amerika und Europa (86%) • SARS-CoV-2 Varianten: VOC 202012/01 (Linie B.1.1.7) ○ Nachweis in 70 Ländern, allen WHO Regionen, neu in Litauen ○ Trotzdem rückläufige 7-Tages-Inzidenz, z.B. in Irland -40% ○ Risikogebiete für UK-Variante: UK, Irland und Portugal unter Beobachtung: Dänemark, Frankreich, Schweiz, Tschechien, Israel und weitere • SARS-CoV-2 Varianten: 501Y.V2 (Linie B1.351) ○ in 31 Ländern und in 5 von 6 WHO-Regionen nachgewiesen, erstmals Nachweis in den USA, in South Carolina, kein Link zu Südafrika ○ Risikogebiete für südafrikanische Variante: Südafrika, Eswatini, Lesotho unter Beobachtung: Länder in (Süd)-Afrika • SARS-CoV-2 Varianten: P1. Variante (Linie B1.128.1) ○ P1 Variante: in mind. 8 Ländern ○ v.a in Brasilien sind Todesfälle stark angestiegen, im Januar 85% dieser Variante zuzuordnen, insbes. im Amazonasgebiet anhaltende Transmission, Reinfektionen: In Manaus ging man nach erster Welle von Herdenimmunität aus • Verabreichte COVID-19-Impfstoffdosen pro 100 Personen ○ Israel: >50/100 Personen geimpft, 2. Dosis >17/100 Personen ○ [geschwärzt]	ZIG1 [geschwärzt]

	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.192.850 (+14.022), davon 55.752 (+839) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 94,4/100.000 Einw. ○ 4-Tage-R=0,85; 7-Tage-R=0,92 ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 1.738.236 (2,1%), mit 2 Impfungen 366.081 ○ DIVI-Intensivregister: 4.437 Fälle in Behandlung (-64) ○ Aus intensivmed. Behandlung entlassen: +560, davon 28% verstorben ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ in Ländern mit geringerer Inzidenz, bspw. SH kein weiterer Rückgang, Maßnahmen nicht gut genug befolgt, oder Maßnahmen nicht ausreichend um Absinken der Inzidenz zu bewirken? ▪ Scheint keine gleichmäßige Welle, sondern punktuelles Aufflackern und Rückgang, insgesamt auch im Norden Karte insgesamt heller, d.h. mehr LK mit niedriger Inzidenz, ▪ Man sollte Situation in Pflegeheimen und anderen Einrichtungen anschauen, wenn dort große Ausbrüche starker Effekt ▪ Betrachtung auf Kreisebene sinnvoll, dort auch kein Abfall? Betrachtung zu Kreisen ist von ███ ███ durchgeführt worden. *ToDo: Auswertung von ███ soll für Montag aktualisiert und vorgestellt werden* ▪ Zudem sollte der Anteil der neuen Varianten den Inzidenzen gegenübergestellt werden, derzeit dafür aber noch nicht genug Daten vorhanden, technische Möglichkeiten werden gerade erst geschaffen ▪ Erste Daten: Anteil der neuen Varianten liegt bei 1-5%, nächste Woche mehr Infos zu Varianten: ALM will Anfang der Woche zur regionalen Verteilung berichten ○ Geografische Verteilung nach Alter ▪ Weiterhin hohe Inzidenzen im Osten ○ Wöchentliche Sterbefallzahlen ▪ Deutliche Excess-Mortalität auch in DEU sichtbar, viel mehr Verstorbene als in der ersten Welle ▪ In EuroMoMo sieht man v.a. bei Portugal einen dramatischen Anstieg der Todesfälle	FG38 ███ Alle
	Ausbrüche • ███ ○ ███ ○ ███	FG37 ███ alle

	▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • Flensburg ○ In Kontakt mit [redacted] Amtshilfeersuchen angeboten ○ ausgedehntes Geschehen mit 180 Fällen, viele bestätigt mit B.1.1.7 (UK)-Variante, es scheint, dass vermehrt jüngere intensivpflichtig sind, Austausch über COVRIIN angeboten ○ Ausbruch durch gemeinsame Infektionsquelle, ggf. Möglichkeit Fragen nach Inkubationszeit etc. zu klären ○ Info aus Treffen mit ECDC: ▪ Mehrere Länder gehen bei Quarantäne auf 21 Tage, ▪ Irland, Portugal, Spanien zeigen sehr schnelle Wachstumsraten	FG38 [redacted]

<table>
<tr><td></td><td>

Einzelfallberichte über sehr leichte Übertragbarkeit (trotz Distanz, Maske, Handschuhe) und höhere Attack-Rate
In SH aus Sicherheitsgründen unabhängig von Variante 14 Tage für Quarantäne und Entisolierung, zusätzlich negative Testung vor Entlassung aus Quarantäne empfohlen

Epidemiologische und virologische Daten zu Varianten

</td><td>Alle</td></tr>
<tr><td>2</td><td>
Internationales (nur freitags)

Allgemeine Infos:

Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response – Interim Report (Folien hier)

3 Gremien, die COVID-Response auf WHO-Ebene beobachten:
IOAC:

Soll Health Emergency Programm der WHO beobachten und Verbesserungen vorschlagen
Von WHO DG eingesetzt und Bericht direkt an WHO DG
Report im Nov. 2020: Stufensystem bei Alarmierung – damit Länder zeitig anfangen sich vorzubereiten, Core Capacities sollten überprüft werden
https://www.who.int/publications/m/item/looking-back-to-move-forward-ioac-report-to-the-resumed-wha73-10
https://www.who.int/publications/m/item/ioac-interim-report-on-who-s-response-to-covid-19

IHRRC:

Chair
Funktionsweise der IHR soll überprüft werden
Report an WHO DG
IHR grundsätzlich gut implementiert, Focal Points sollten mehr politische Macht erhalten, Alternativvorschlag zu Stufensystem, global und regional Risk Assessments besser mit Response verbinden, M&E-System anschauen, Ressourcen und politische Unterstützung sollte verbessert werden

</td><td>ZIG

ZIG</td></tr>
</table>

	▪ https://www.who.int/publications/m/item/interim-progress-report-on-the-functioning-of-the-ihr-2005-during-the-covid-19-response ○ IPPPR: ▪ Im Juli 2020 etabliert, mittelgroß, 2 hochranginge Chairs ▪ Überlappendes Mandat mit IHRRC, aber Gesamtblick, politischer ▪ Unabhängig von WHO, von WHO DG ernannt, aber unabhängiges Sekretariat etc. ▪ Erster Bericht im Jan. 6 Key Messages: 1. NPM nicht konsequent genug umgesetzt 2. Verstärkung von Ungleichheiten, Verfügbarkeit von Impfstoffen etc. 3. Kritik am Global Pandemic Alert System, zu viele Empfehlungen, fehlende Digitalisierung etc. 4. Umsetzung der früheren Empfehlungen nicht ausreichend 5. Ressourcen der WHO (finanziell, politisches Mandat) zu gering 6. Pandemie als Weckruf für alle Ebenen, asiat.-pazifische Region als pos. Beispiel (koordinierte Maßnahmen, konsistente Risikokommunikation, koordinierte Grenzmaßnahmen) ▪ Wunsch nach einem rechtlich bindenden Vertrag zum Gesundheitsschutz – Globaler Rahmenplan für Preparedness & Response ▪ https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/01/Independent-Panel_Second-Report-on-Progress_Final-15-Jan-2021.pdf ▪ IPPPR ist sehr politisch, viel kritisiert, nicht evidenzbasiert (im Gegensatz zu IHRRC)	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Einschätzung zu Deeskalierung ○ Wann sollte Risiko der Bevölkerung von „sehr hoch“ auf „hoch“ gesetzt werden? ○ Für Lockerung sollte man sich an den schweren Auswirkungen (Hospitalisierung, Todesfälle) ausrichten, andere Parameter (z.B. Inzidenz) für frühzeitige Implementierung der Maßnahmen sinnvoll ○ Derzeit bestimmen die Varianten noch nicht das Geschehen in DEU, aber Varianten muss man für Lockerungen im Blick behalten. In einer Target-PCR-Nachuntersuchung von >10.000 Proben wurde in ca. 5% der Proben eine Variante identifiziert, v.a. die B.1.1.7 (UK)-Variante.	Alle
5	**Kommunikation** █	█

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Aktualisierung der STIKO-Empfehlungen, viel Informationsbedarf • Samstag, 30.01. [redacted] im Townhall-Meeting zum Thema Impfen • [redacted] ist am 29.01. als Open-Data-Beauftragter in einem Treffen mit den Datenjournalisten	[redacted] Presse [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Das Wording für die Strategie zur COVID Kontrolle muss bis Dienstag finalisiert sein. **b) RKI-intern**	ZIG [redacted]
7	**Dokumente** • nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Die Impfquoten steigen an, wenn auch nicht so wie erhofft, 2,2 Mio Impfdosen stehen zur Verfügung • Vorbereitung der STIKO-Empfehlungen, 2. Aktualisierung, mehrere Aspekte wurden beleuchtet • [redacted] • EMA bearbeitet gleichzeitig die Zulassung für die EU, wahrscheinlich wird in EMA-Empfehlung die Altersgrenze nach oben offen gelassen, aber ggf. mit Warnhinweisen versehen, dass bei >55-Jährigen die Evidenz unzureichend ist. • Thema in Bezug auf Kommunikation schwierig, viel Informationsbedürfnis, auch internationales Interesse am Austausch, z.B. von EMA und ECDC • Weiterhin Erstellung der Aufklärungsbögen in Abstimmung mit PEI, damit vorhanden wenn nächste Woche der Impfstoff verfügbar	FG33 [redacted]

	• Begleitkommunikation wird vorbereitet, Wirksamkeit mit 70% signifikant niedriger, mit Impfstoff wird v.a. Gesundheits- und Pflegepersonal geimpft • [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] • Problematik der Deutung als 2-Klassen-Impfstoff, Vergleiche zu anderen Impfstoffen schwierig, besser Argumentation: jetzt Schutz mit 70% vs. potentielle Exposition und danach Impfstoff mit höherer Wirksamkeit • Diskussion in Wissenschaft zur Auffrischimpfung, jetzt Vektor- und dann Auffrischung mit RNA-Impfstoff	
9	**Labordiagnostik** • Virologische Surveillance ○ 562 Proben im Januar eingegangen, davon ▪ 67 SARS-CoV-2 positiv, 47 Rhinovirus, 8 saisonales Coronavirus (NL63), 1 Parainfluenzavirus (Typ3) ▪ Alle anderen respiratorischen Viren negativ, noch immer keine Influenzaviren nachgewiesen. • ZBS1 ○ 771 Einsendungen, 196 Proben SARS-CoV-2-pos (25,4%) ○ Viele Proben aus Reinickendorf aus der betroffenen Siedlung, 8 oder 9 positive Proben, sollen sequenziert werden ○ Aus Ausbruch Anfang Januar aus Siedlung eine Probe entdeckt, wird ebenfalls sequenziert	FG17 [geschwärzt] ZBS1 [geschwärzt]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Therapie mit monoklonalen Antikörpern ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt]	IBBS [geschwärzt]

	○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ ○ Bei Varianten kann mab gegeben werden, aber Effizienz ist nicht klar *ToDo: [redacted] stellt in vitro Studien zur Bindung von mab an Varianten für Mo zusammen.*	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Absonderung nach Einreise aus Virusvariantengebieten/ Quarantäne von KP ○ Bei der TK der IGV-benannten Flughäfen kam der Wunsch nach einer verpflichtenden Testung nach 14 Tagen auf. ○ Einreisenden sollten nicht strenger behandelt werden als KP1, sonst rechtlich schwierig, derzeit schon Verkürzung der Quarantäne bei Verdacht auf Variante ausgeschlossen. ○ Info in TK, dass viele Personen die Testung am 10. Tag ungern machen aus Sorge dann nochmal 10 Tage in Isolation zu müssen ○ Derzeit aufgrund der Datenlage noch keine Anpassung möglich ○ Politische Entscheidung wie stark das Risiko reduziert werden soll, derzeit sieht es nach sehr starker Risikoreduktion aus (Einreiseverbote) ○ Wenn für Quarantäne 14 Tage plus Testung, dann sollte die Quarantäne auch in Quarantäne-Hotels durchgeführt werden ○ Reiserestriktionen innerhalb DEU sinnvoll? ○ Problematik, dass nicht alle gleich gut testen/sequenzieren, müsste dann auch in anderen LK in DEU so gemacht werden, Problematik, dass Aufmerksamkeit anders gelenkt wird, Menschen glauben, dass damit das Problem behoben ist, lenkt eher von der eigenen Verantwortung ab ○ Besser verstärkt auf allgemeine und grundsätzliche Maßnahmen hinweisen, möglichst wenig Spezialmaßnahmen empfehlen, um Unruhe und Verwirrung zu vermeiden • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	FG38 [redacted] alle
12	**Surveillance** • DEMIS, SurvNet und SORMAS ○ DEMIS läuft stabil und nachhaltig	FG38 [redacted]

	○ Viele Anfragen von GÄ, aus Sicht der GÄ werden diese nicht immer zeitnah genug beantwortet, da viele Ressourcen durch anderes gebunden sind (v.a. SORMAS), muss ausgebaut werden ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt] ○ Kommunikation zu AG-Testen sollte gestärkt werden, es sollte klar kommuniziert werden, dass AG-Schnelltests nicht das Mittel der Wahl zur Diagnose sind, dies sollte die interne AG Diagnostik formulieren. *ToDo: Die interne AG Diagnostik soll einen Epid Bull-Artikel zu AG-Tests erstellen, Frist für publikationsreife Version 2 Wochen; ID 2730*	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Beförderungsverbot ○ Derzeit wird im Kabinett eine Verordnung beraten, die vom 30.01.-17.02. ein Einreiseverbot aus UK, Portugal, Brasilien, Irland und Südafrika regeln soll ○ Bedingt zahlreiche Änderungen von Dokumenten ○ Derzeit häufig weitere Personen mit Nachweisen der Variante oder Verdacht auf Variante, die nicht aus offiziellen Gebieten mit Virusvarianten kommen ○ Sollte Flug-KoNa wieder aufgenommen werden? Schwer zu beurteilen, ob GÄ das leisten können, aber wir sollten uns dafür aussprechen, wird im Laufe der nächsten Woche umgesetzt	FG38 [geschwärzt] [geschwärzt] alle
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • 1 Jahr Lagezentrum: Dankes E-Mail an MA gesendet • In RKI-News erscheint zudem ein Artikel	FG38 [geschwärzt]
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 01.02.2021, 13:00 Uhr, [geschwärzt]	
